秘

問診票

トミヒサクロス デンタルクリニック 新宿御苑

治療を行う際必要な事柄ですので、出来るだけ詳しくご記入下さい。尚、この問診票は秘密を厳守するとともに、治療を行う目的以外に使用しません。
下記の該当するところを チェック して下さい。至急ご連絡をさせていただく場合もありますので 連絡先は正確に、① ② にご記入願います。

ふりがな		生年月日 昭・平 年 月 日生	
お名前	（ □男 □女 ）		
住所	〒	※①携帯電話	
E-mail		※②ご本人以外 緊急連絡先電話番号	
ご職業	□会社役員 □会社員 □自営・自由業 □主婦 □パート・アルバイト □学生 □その他（ ）		
お勤め先 会社名	TEL		

【1】 当医院をどちらでお知りになられましたか？
□紹介 （お名前／ 様） □ホームページ □看板 □口コミ □その他（ ）

【2】 来院の動機にあてはまる項目に✓をつけてください。（複数回答可）
□定期健診 □歯が痛い □歯がしみる（冷・温） □歯に穴があいた □詰め物・冠がとれた（前歯・奥歯）
□歯肉が痛い □歯肉が腫れた □歯肉から出血する □親不知が痛い、腫れた □親不知を抜きたい □顎が痛い
□歯垢・歯石を取りたい □歯のクリーニングをしたい □口臭が気になる □歯ぎしりがある
□かみ合わせが悪い □義歯やブリッジを入れたい □入れ歯が合わない □詰め物や銀歯を白くしたい
□インプラントを入れたい □歯並びをきれいにしたい □歯の黄ばみや汚れやヤニや茶渋の付着が気になっているから
□歯のホワイトニングを受けたい □ （ のため 月 日）までに治療を終えたい □その他（ ）

【3】 あなたの健康状態は？
□極めて良好 □良好 □普通 □不調 （理由／ ）

【4】 過去に大きな病気をされた、または現在かかっている病気はありますか？
□いいえ
↓ 該当する方
□心臓の病気（ ） □肝臓の病気（肝炎A型・B型・C型 ） □胃腸の病気（ ）
□脳卒中 □貧血 □腎臓の病気（ ） □呼吸器の病気（ ）
□喘息 □血液の病気 □甲状腺の病気 □ 糖尿病（血糖値 空腹時 mg/dl）
□リウマチ □けが、事故 □神経痛 □その他（ ）

【5】現在通院または入院加療されていますか？
□はい（病院名 科名 病名 ） ／ □いいえ

【6】 血圧はいかがですか？
□高い □普通 □低い （ 最高血圧 mmHg ～ 最低血圧 mmHg ）

【7】 現在飲んでいる薬はありますか？
□はい（薬名 ） □いいえ

【8】 使用できない薬はありますか
□ある（具体的に ） ／ □いいえ

【9】 手術・輸血の既往はありますか
□ある（具体的に ） ／ □いいえ

【10】 治療中に異常があったことがありますか
□ある（麻酔時・抜歯時 具体的に ） ／ □いいえ

【11】アレルギーはありますか
□はい（具体的名称 ） ／ □ いいえ

【12】最後に歯科を受診されたのはいつですか
（平成 年 月頃）

【13】どこまでの治療を希望されますか
□悪いところは全部治療したい □まず、痛む歯を治療し、他に悪いところがあれば指摘してほしい
□今痛んでいるところだけを治療したい □口の健康について積極的に提案をしてほしい
□応急処置のみ（他の医院に通院中、出張中の場合）

●女性の方のみにお伺いします。現在、妊娠中又は妊娠の可能性がありますか？
□はい （妊娠 ヶ月） □授乳中 ／ □いいえ

＝ 治療についてのご意見、ご希望があればお書き下さい＝

なお、当クリニックは、口腔を一単位とした治療を心がけております。従いまして、主訴だけの治療をご希望の方はその旨お申し出下さい。
また、治療に関する疑問、質問等は遠慮なく担当の歯科医師、並びにスタッフにおたずね下さい。ご協力ありがとうございました。